

ОЦЕНОЧНЫЙ ЛИСТ (ЧЕК-ЛИСТ)

Закапывание капель в глаза

ФИО _____ Дата «__» _____ 20__ г.

№ п/п	Практические действия	Отметка о выполнении
1.	Установить контакт с пациентом: Поздороваться, представиться, обозначить свою роль	<input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет
2.	Попросить пациента представиться (ФИО и дата рождения)	<input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет
3.	Сверить ФИО пациента и возраст с медицинской документацией	<input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет
4.	Сообщить пациенту о назначении врача	<input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет
5.	Объяснить ход и цель процедуры	<input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет
6.	Убедиться в наличии у пациента добровольного информированного согласия на предстоящую процедуру	<input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет
	Подготовка к процедуре	
	<i>Подготовить оснащение:</i>	
7.	– Капли глазные	<input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет
8.	– Стерильная пипетка	<input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет
9.	– Стерильные марлевые шарики	<input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет
10.	– Лоток	<input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет
11.	– Кожный антисептик для обработки рук	<input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет
12.	– Нестерильные перчатки	<input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет
13.	– Емкости для отходов класса Б, с дезраствором	<input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет
14.	Проверить название лекарственного средства	<input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет
15.	Проверить дозировку лекарственного средства	<input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет
16.	Проверить срок годности лекарственного средства	<input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет
17.	Предложить (помочь) пациенту сесть или лечь	<input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет
18.	Обработать руки гигиеническим способом	<input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет
19.	Надеть нестерильные медицинские перчатки	<input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет
	Выполнение процедуры	
20.	Набрать в пипетку лекарственное средство (для каждого глаза по 1-2 капли)	<input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет
21.	Попросить пациента слегка запрокинуть голову и посмотреть вверх	<input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет
22.	С помощью шарика оттянуть нижнее веко книзу	<input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет
23.	Закапать капли ближе к носу, не касаясь конъюнктивы	<input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет
24.	Предложить закрыть глаза	<input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет
25.	Излишки лекарственного средства удалить шариком	<input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет
26.	Поместить шарик в емкость для медицинских отходов класса «Б» / с дезраствором	<input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет
27.	С помощью второго шарика оттянуть нижнее веко второго глаза книзу	<input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет
28.	Закапать капли во второй глаз ближе к носу, не касаясь конъюнктивы	<input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет
29.	Предложить закрыть глаза	<input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет
30.	Излишки лекарственного средства удалить шариком	<input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет
31.	Поместить шарик в емкость для медицинских отходов класса «Б» / с дезраствором	<input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет
32.	Контролировать состояние пациента	<input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет
33.	Оценить достигнутые результаты	<input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет
	Завершение процедуры	<input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет
34.	Поместить пипетку и лоток в емкость для медицинских отходов класса «Б» / с дезраствором	<input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет
35.	Снять перчатки	<input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет
36.	Поместить перчатки в емкость для медицинских отходов класса «Б» / с дезраствором	<input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет
37.	Обработать руки гигиеническим способом	<input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет
38.	Узнать у пациента его самочувствии	<input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет
39.	Сделать запись о выполненной процедуре в журнале учета процедур/назначений 029/у и листе назначений	<input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет

ФИО члена комиссии _____

Подпись _____

	Общее число действий	Правильно выполнено
Результат	39	